

De psychiater en het gevaarscriterium¹

door A. Kaasenbrood

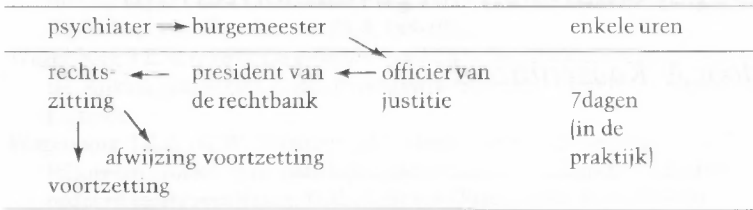
Samenvatting

Voor de inbewaringstelling geldt het gevaarscriterium. In dit artikel wordt ingegaan op de wijze waarop dit gevaarscriterium door de psychiater wordt toegepast. Naar aanleiding van een onderzoek van geneeskundige verklaringen en aanvullende literatuurstudie komt de auteur tot de conclusie dat er voldoende aanwijzingen zijn om een strikte naleving van het gevaarscriterium door psychiaters in twijfel te trekken. Enerzijds zou dit kunnen samenhangen met de onduidelijkheid die de wetgever en de Hoge Raad over het gevaarsbegrip laten bestaan. Anderzijds lijkt de psychiater moeite te hebben met de dubbele functie die hem bij de inbewaringstelling wordt toebedeeld: hulpverlener en handha-ver van de veiligheid.

Inleiding

De huidige krankzinnigenwet is nu 104 jaar oud. Sinds 1884 werd de wet slechts op onderdelen gewijzigd (De Bruyn 1973). Of het Wetsvoorstel Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) ooit wet zal worden, daarmee de 'oude' in zijn geheel vervangend, moet nog blijken. De Krankzinnigenwet kent twee typen psychiatrische dwangopnamen: de Inbewaringstelling (IBS), een acute, kortdurende dwangopname, en de Rechterlijke Machtiging (RM), een langdurende, niet acute dwangopname.

Dit artikel gaat over de IBS. In de wet wordt aan de burgemeester bij de totstandkoming van een IBS een centrale rol toegekend. Hij is bevoegd iemand in bewaring te stellen '...ten aanzien van wie het ernstig vermoeden bestaat, dat hij ten gevolge van krankzinnigheid een zo onmiddellijk dreigend gevaar oplevert voor zichzelf, voor anderen of voor de openbare orde, dat een beschikking als bedoeld in artikel 17, eerste lid (bedoeld wordt hier een RM), niet kan worden afgewacht...' (artikel 35b Krankzinnigenwet). Van de psychiater vraagt hij echter eerst een verklaring waaruit blijkt dat dit ernstig vermoeden bestaat. De gang van zaken in de praktijk wijkt hier in de meeste gevallen iets van af. In de onderstaande figuur is dit schematisch weergegeven.



Figuur 1: Praktische gang van zaken bij de IBS (Gewijzigd naar W.I. Degeling e.a. 1984, blz. 450)

Een psychiater onderzoekt een patiënt op verzoek van bij voorbeeld een arts of de politie. Als hij een gedwongen spoedopname noodzakelijk vindt, schrijft hij een geneeskundige verklaring uit. Vervolgens stelt hij de burgemeester hiervan in kennis. Meestal gaat het hier echter om een formaliteit: de formele verantwoordelijkheid voor het in bewaring stellen van een persoon ligt weliswaar bij de burgemeester, de psychiater neemt echter meestal de feitelijke beslissing. De burgemeester brengt vervolgens de Officier van Justitie op de hoogte van het gebeurde. Deze licht de rechtbank in. De rechter wordt dan geacht binnen drie dagen een rechtszitting te houden waarin hij besluit de IBS al dan niet voort te zetten. De rechter geeft dus géén oordeel achteraf over de juistheid van de beslissing tot inbewaringstelling noch over de geneeskundige verklaring van de psychiater. Zijn oordeel heeft betrekking op het moment waarop de rechtszitting in het psychiatrisch ziekenhuis plaatsvindt en is toekomstgericht. De geneeskundige verklaring wordt door de rechter wel gebruikt in de oordeelsvorming of voortzetting van de IBS nodig is.

De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor het recht op zelfbeschikking. Dit maakt deel uit van een bredere maatschappelijke beweging die in de jaren zeventig meer machtsgelijkheid in het maatschappelijk leven nastreefde. Binnen de psychiatrie leidde dit onder andere tot de instelling van de Patiënten Verzuimens Persoon en de oprichting van de patiëntenraden. De werkgroep Krankzinnigenwet (1982, blz. 3) verwoordde haar standpunt ten aanzien van dwang in de hulpverlening aan psychiatrische patiënten als volgt: 'Hulpverlening kan alleen plaatsvinden op basis van wederzijds vertrouwen en gelijkwaardigheid. Uitoefening van dwang, zowel bij opnemingen als tijdens de behandeling sluit dit te enen male uit'.

Wettelijk nam de bescherming toe door de wetwijziging van 1972. Was het tot dan toe mogelijk iemand in bewaring te stellen omdat de psychiater een behandeling noodzakelijk achtte ('bestwil' volgens Van de Klippe 1980), sinds 1972 geldt het gevaarscriterium voor de IBS (zie wetstekst hierboven). Overigens geldt sinds de uitspraak van de Hoge Raad van 16 april 1982 in de praktijk nu ook het gevaarscriterium voor de RM.

Ten slotte nam de rechtsbescherming op twee manieren toe. De mi-

nister van Justitie deed in 1980 de zogenaamde Winterwerprichtlijnen uitgaan. Hierin riep hij alle rechters op in de procesgang rond de Krankzinnigenwet de patiënt altijd zelf te horen. Voordien was dit eerder uitzondering dan regel (Van de Klippe 1984). Daarnaast wordt de patiënt in veel plaatsen bij de rechtszitting standaard van een advocaat voorzien.

Ondanks al deze ontwikkelingen steeg het aantal IBS'en in Nederland over de periode van 1970 tot en met 1982 met 143% (van 100% naar 243%) (Brook 1985). Ten opzichte van 1982 vond er tot en met 1986 nog een verdere stijging plaats van 6% (GHIGV 1982 en 1986).² In 1986 werden er in Nederland 3494 IBS'en uitgeschreven (GHIGV 1986).³

Dit werpt vragen op over de praktijk van de Krankzinnigenwet. Hoe is het immers mogelijk dat de wettelijke voorwaarden voor de IBS aangescherpt worden, men er in de maatschappelijke discussie toe neigt dwang in de hulpverlening steeds meer af te wijzen en de rechtsbescherming alleen maar toeneemt, terwijl het aantal acute dwangopnamen fors stijgt? Gezien de centrale positie die de psychiater in de praktijk inneemt, hebben de vragen met name op zijn handelen betrekking.

In feite echter reguleert de wet niet de praktijk van de psychiater.⁴ Van hem wordt slechts een verklaring gevraagd waarin 'het vermoeden van uit krankzinnigheid volgend gevaar' wordt vastgesteld. De burgemeester zal echter geen IBS afgeven, wanneer de psychiater geen geneeskundige verklaring heeft opgesteld. Indirect zal de psychiater door de praktijk gedwongen, dus de wet dienen te volgen. Deze indirecte gebondenheid wordt bevestigd door een recente uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Eindhoven (MT Eindhoven 30-5-'83). Daarin wordt uitgesproken dat een arts de verklaring niet mag afgeven wanneer niet aan de wezenlijke voorwaarden voor dwangopname is voldaan. De vraag van dit artikel is echter in hoeverre hij dit daadwerkelijk ook doet: Beperkt hij zich in zijn indicatiestelling tot spoedopneming werkelijk tot die personen, die ten gevolge van krankzinnigheid een gevaar vormen? Of spelen andere motieven een rol? Het antwoord op deze vraag zou in de geneeskundige verklaringen terug te vinden moeten zijn.

Onderzoek naar geneeskundige verklaringen

Geanalyseerd werden de verklaringen van in het Academisch Medisch Centrum (AMC), voorheen Wilhelmina Gasthuis (WG), acuut met dwang opgenomen patiënten uit twee periodes.⁵ Periode I (1972 en 1973) begint kort voor de wetswijziging van 15-3-1972. Naast de invoering van het gevaarscriterium bij de IBS werd toen de geneeskundige verklaring als standaardformulier verplicht gesteld. Over de eerste maanden van het jaar 1972 ontbraken de formulieren. In die gevallen

was er wel een brief aanwezig, waarin de psychiater die de IBS uitschreef de relevante gegevens vermeldde. Zodoende waren de gegevens van alle patiënten die gedurende die tijd met dwang werden opgenomen aanwezig. Het ging hier om 87 verklaringen. Periode II (1981 tot en met 1985) is gekozen ter vergelijking met de eerste periode. Er is sinds de wetswijziging inmiddels tien jaar verstreken. Intussen hebben er ook op andere gebieden ontwikkelingen plaatsgevonden die het recht op zelfbeschikking van de patiënten beschermen. Over deze tweede periode wordt bekeken in hoeverre dit in de geneeskundige verklaringen tot uiting komt. De verklaringen waren in de desbetreffende dossiers steeds terug te vinden. Wel ontbraken er over het laatste jaar zeven dossiers. Uit deze periode kwamen 137 verklaringen.

In het onderzoek werd telkens vastgesteld of het gevaar vermeld werd en voor wie of wat er gevaar bestond. Ten slotte werd nagegaan hoe feitelijk de verklaringen gesteld waren: in hoeverre was het mogelijk uit de formuleringen over het gevaar te begrijpen wat er zich had afgespeeld? Wanneer een verklaring een belangrijk document is op grond waarvan de beslissing tot inbewaringstelling mede genomen wordt, mag men verwachten dat uit de tekst te begrijpen is wat er precies is gebeurd.

De vraag van de geneeskundige verklaring die voor de analyse van belang is, informeert naar 'de feiten en verschijnselen op grond waarvan geconcludeerd kan worden dat de patiënt een onmiddellijk gevaar oplevert' (vraag vijf). In de slotregel bestaat de gelegenheid te vermelden of het gevaar geldt voor zichzelf, een ander of de openbare orde. Bij analyse bleek dat van deze keuzemogelijkheid vaak geen gebruik was gemaakt. Uit de beantwoording van vraag vijf moest dus door de onderzoeker opgemaakt worden voor wie of wat het gevaar bestond. Meestal leverde dit weinig problemen op.⁶

Natuurlijk zijn de uitkomsten van deze analyse slechts gebaseerd op gegevens uit één ziekenhuis. Deze mogen niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar alle geneeskundige verklaringen in het land. De waarde van de resultaten van deze analyse is dan ook niet zozeer gelegen in het formuleren van algemeen geldende uitspraken. Het gaat er meer om een beeld te schetsen dat ook in de rest van het land wellicht herkenbaar is en onderwerp van discussie en/of nader onderzoek kan zijn. Dit laatste geldt ook voor het artikel in zijn geheel.

Resultaten – Op bijna alle verklaringen (één uit periode II uitgezonderd) werd gevaar vastgesteld. Overigens mag dit geen verbazing wekken: gevaar is immers de officiële grond voor een IBS en de verklaring vraagt er in vraag vijf expliciet naar. Het is dan ook praktisch onmogelijk het gevaar te 'vergeten'. De onderstaande tabel vermeldt de verdeling van de 'richting' van het gevaar (voor zichzelf, een ander of de openbare orde). Aangezien alle 'richtingen' alleen, doch ook in combinatie met één of twee andere kunnen voorkomen ontstaan er zeven categorieën.

Tabel 1: Aard van het gevaar

	periode 1 (1972 en 1973)		periode 2 (1981 t/m 1985)		
	abs.	%	abs.	%	
A	20	23,0	46	33,3	A = Ander
Z	38	43,7	45	32,8	Z = Zelf
O	1	1,1	2	1,5	
A&Z	21	24,1	25	18,2	O = Openbare orde
A&O	2	2,3	11	8,0	
Z&O	0	0	1	0,7	
A&Z&O	5	5,7	6	4,4	
geen	0	0	1	0,7	
Totaal	87	99,8	137	99,6	

Opvallend is dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden in de verhouding van gevaar voor zichzelf ten opzichte van gevaar voor een ander: gevaar voor zichzelf is in periode II minder vaak reden voor een IBS.

Voorlopig voldoen de verklaringen aan de eisen die men er aan mag stellen. Het gevaar werd telkens vermeld. Daarnaast werd tevens uit de omschrijving duidelijk ten aanzien van wie of wat er gevaar dreigde. Wat de wet als eis stelt, doch in de verklaringen ontbrak, was een uitleg over het verband tussen gevaar en krankzinnigheid, ofwel over de wijze waarop het gevaar uit de krankzinnigheid volgde. Overigens vraagt de geneeskundige verklaring hier ook niet expliciet naar.

Toch viel er iets op in de verklaringen waar bij de aanvang van het onderzoek niet speciaal aandacht aan was besteed. Bij lezing bleek het zelden mogelijk uit de omschrijvingen te begrijpen uit welke feitelijke gebeurtenissen het gevaar bestond. De omschrijvingen zagen er wel dreigend uit (bij voorbeeld: 'dreigende kortsluitingsreactie') of riepen de suggestie van gevaar op (bij voorbeeld: 'impulsiviteit') doch veelal gaven ze geen inzicht in de werkelijke gang van zaken die aanleiding vormde tot opstelling van een geneeskundige verklaring.

Als illustratie van de verschillende niveaus in feitelijke gegeven we een zevental omschrijvingen van dezelfde gebeurtenis. Het informatieve gehalte neemt steeds verder af.

1. Patiënt slikte een onbekend aantal tabletten Vesparax (een leeg doosje werd aangetroffen) toen hij alleen was. Er lag een afscheidsbrief. De politie trad binnen naar aanleiding van een melding door een toevallig passerend familielid.
2. Patiënt slikte een onbekend aantal Vesparax. Er lag een afscheidsbrief. Hij werd bij toeval ontdekt.
3. Patiënt slikte een onbekende hoeveelheid Vesparax. Stenisch poging tot zelfmoord.
4. Patiënt slikte onbekende hoeveelheid Vesparax.

5. Patiënt slikte onbekende hoeveelheid pillen.

6. Patiënt is suïcidaal.

7. Patiënt is een gevaar voor zichzelf.

Beschrijving één geeft niet alleen een schets van de gevaarsdaad, maar ook in korte bewoordingen een uitgebreidere situatieschets. Bij iedere volgende stap valt een deel van de informatie weg of wordt de formulering algemener. Telkens treedt er een reductie op in het informatief gehalte. Wanneer we naar de laatste twee omschrijvingen kijken zien we dat het hier slechts abstracte interpretaties van de werkelijke toestand betreft. Daarnaast geven beschrijving 1 t/m 5 een beeld van wat gebeurd is terwijl beschrijving 6 en 7 ook een uitspraak over de toekomst lijken te doen.

Hoe vaak kwam het nu voor dat omschrijvingen te vergelijken waren met de laagste twee niveaus van feitelijkheid uit de bovenstaande reeks? Om hier een antwoord op te kunnen geven werden de verklaringen geteld die geen feitelijker beeld schetsten van de situatie dan één of een combinatie van meerdere van de onderstaande formuleringen:

- suïcidaliteit
- impulsiviteit
- agressiviteit
- brandgevaar
- (dreigende) kortsluitingsreactie
- verhoogde associatie
- dreigend
- automutilatie (neiging tot)
- zelfverwaarlozing

In periode I waren van de 87 beschrijvingen er 31 niet feitelijker dan niveau 6 of 7 (35,4%). In periode II waren dit respectievelijk 51 omschrijvingen van de 137 (37,2%).

Verder was het opvallend dat in die gevallen waarin de gevaarsbeschrijving wel een duidelijke voorstelling van zaken gaf (vergelijkbaar met niveau 1 of 2) er zonder uitzondering sprake was van een ernstig dreigend of manifest gevaar (bij voorbeeld: 'Man sneed met mes in pols. De zenuwvoorziening van enkele vingers viel uit. Hij weigert behandeling uit psychotisch schuldbesef'). Het ging hier echter om minder dan 15% van het aantal verklaringen.

We krijgen dan ook de indruk dat het gevaar niet voor niets zo vaak wordt gelaten. Achter deze onduidelijkheid zouden wel eens andere argumenten voor spoedopname schuil kunnen gaan. Gevaar wordt wellicht opgevoerd als legitimering van een spoedopname die om andere redenen wenselijk wordt geacht. Is een patiënt werkelijk gevaarlijk, dan is deze versluiering niet nodig en kan de lezer dan ook precies geïnformeerd worden over de inhoud van het gevaar.

De resultaten van periode één en twee verschillen niet veel van elkaar. In ieder geval hebben alle aanscherpingen in jurisprudentie en procedures niet geleid tot een praktijk waarin de geneeskundige verklaring een striktere hantering van de wet door de psychiater laat zien.

Toch roepen deze resultaten weer meer vragen op dan ze beantwoorden. Als de psychiaters zich niet houden aan de grenzen die de wet hen stelt, is de eerste vraag hoe scherp die grenzen gedefinieerd zijn. Wat is volgens de wetgever en de arresten van de Hoge Raad gevaar? Verder

zouden psychiaters hun praktijk mogelijk wijzigen, wanneer zou blijken dat de meeste IBS'en niet worden voortgezet. Op de ruimte die de wetgever en de Hoge Raad aan de psychiater (indirect) laten en over de besluitvorming van de rechter gaat dan ook de volgende paragraaf.

Wetgever en Hoge Raad over de inhoud van het gevaarsbegrip

De wetgever en de Hoge Raad schetsen de grenzen van toepassing van het gevaarscriterium waar ook psychiaters zich aan moeten houden. Welke uitspraken deden beide over de inhoud van het gevaarsbegrip?

De wetgever liet aan de psychiater in eerste instantie, en aan de rechter bij de rechtszaak na enkele dagen, de verantwoordelijkheid voor het vaststellen van het gevaar. Wel werd in de wet opgenomen dat bij een IBS het gevaar zo onmiddellijk moet dreigen, dat het aanvragen van een machtiging niet kan worden afgewacht. Ook in de Tweede Kamer-discussie over de BOPZ (1979-1980) legt de minister van Justitie de verantwoordelijkheid voor het vaststellen van gevaar in handen van de psychiater en de rechter (Verslag Tweede Kamer-zitting '79-'80). Hij voegde hieraan toe dat geen andere middelen ter bezwering van het gevaar dan opname ter beschikking mogen staan en het gevaar moet opwegen tegen de ernst van de dwangmaatregel.

<i>Arrest Hoge Raad</i>	<i>Inzake</i>	<i>Inhoud gevaar waarvoor volgens Rechtbank dwangopname noodzakelijk was</i>	<i>Uitspraak Hoge Raad</i>
1. 30/12/83	Aanvraag RM	Door gedragingen ernstige bedreiging voor de geestelijke gezondheid bureu	HR verwerpt cassatie*
2. 21/12/84	Aanvraag RM	Bezorgt overlast	HR vernietigt vonnis: gevaar te onduidelijk
3. 14/12/86	IBS	Gevaar: te geringe zorg en verantwoordelijkheidsbesef t.o.v. kind	HR verwerpt cassatie*
4. 14/2/86	Aanvraag RM	Gevaar voor zichzelf: dreigt door acties de agressie van de buurt op de hals te halen	HR verwerpt cassatie
5. 25/10/85	Aanvraag RM	Patiënt onttrok zich aan noodzakelijke medische behandeling op basis van ziekte	HR verwerpt cassatie
6. 16/5/86	Voorzetten RM	Extreme verwaarlozing bij chronische psychose	HR verwerpt cassatie
7. 16/5/86	Aanvraag RM	Slechte zelfverzorging bij diabetes mellites door ziekte	HR verwerpt cassatie

* De Hoge Raad bevestigt (in bovengenoemde gevallen: verwerpen cassatie) of verwerpt (vernietiging vonnis) het vonnis van de rechtbank. De Raad toetst de interpretatie van het recht en onthoudt zich van een oordeel over de feiten.

Nadat de Hoge Raad ook voor de RM het gevaarscriterium invoerde, sprak deze zich in diverse arresten uit over de inhoud van het gevaarsbegrip. In het onderstaande schema zijn de, voor dit artikel belangrijkste, arresten van de Hoge Raad gerubriceerd (zie ook De Boer 1987).

Verder sprak de Hoge Raad zich bij diverse gelegenheid in algemene zin uit over het gevaar. Het hoefde niet manifest of waarneembaar te zijn, dreiging was voldoende. Het hoefde niet levensgevaar te betreffen, doch ook gevaar voor lichamelijk letsel en de psychische gezondheid van anderen was voldoende (Litjens 1987).

In eerste instantie werkt de Hoge Raad mee aan een verscherping van de criteria voor dwangopname door het arrest van 16-4-1982. Later lijkt de Raad 'gas terug te nemen' wanneer het om de inhoud van het gevaar gaat (met name in arrest 1, 3, 4, 6 en 7). In de arresten 1 en 4 leek er meer sprake van overlast dan gevaar. De Boer (1987) komt tot een vergelijkbare conclusie.

De rechter

Sinds de rechters systematisch de patiënten die waren opgenomen met een IBS bezochten, en de IBS dus niet meer, zoals voorheen, zonder de patiënt te horen voortgezet werd, nam het percentage afwijzingen langzaam maar zeker toe. Ook in de jaarverslagen van de Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid werd deze ontwikkeling door enkele regionale afdelingen gesignaleerd (1985). Het verslag van de provincies Utrecht en Noord-Holland meldde 26,6% afwijzingen in 1985. Dit percentage neemt nog steeds toe. Voor het AMC ging het om vergelijkbare ontwikkelingen (Periode I: 0%, Periode II: 28%). Ook hier was dus sprake van een stijgende tendens. De conclusie dat het Winterwerparrest merkbare invloed op de rechtsgang uitoefende, ligt dan ook voor de hand. Men zou kunnen vermoeden dat de stijging van het percentage IBS'en dat niet wordt voortgezet door de rechter, veroorzaakt wordt doordat de rechter strikter het gevaarscriterium hanteert in zijn oordeelsvorming. Dit lijkt echter niet het geval. Hageman en Brouwer-de Koning Breuker (1986) hebben laten zien dat het bestwilcriterium nog steeds een overheersende rol speelt. Zij woonden een twintigtal rechtszittingen als observator bij in één psychiatrische kliniek. Het behandelingsmotief bleek in vrijwel alle gevallen doorslaggevend voor het vonnis: voortzetting of niet? Van een afgewogen inhoudelijke gevaarsbeoordeling was geen sprake. Als dit algemene geldigheid zou hebben in Nederland, dan zou het aantal afwijzingen bij strikte hantering van het gevaarscriterium door de rechters fors verder kunnen stijgen.

De motieven van psychiaters voor spoedopname

Het wettelijk kader is weinig expliciet, de uitspraken van de Hoge

Raad geven een ruime interpretatiemogelijkheid en in de rechtsgang wordt niet het gevaar getoetst. Een duidelijk kader voor de oordeelsvorming van de psychiater wordt zodoende niet geschapen. In onze analyse van de geneeskundige verklaringen bestond reeds het vermoeden, dat er andere factoren bij de totstandkoming van een spoedopname een belangrijke rol speelden. De vraag is dan ook of hiervoor binnen de literatuur evidentie bestaat en om welke factoren het dan gaat.

In de discussie die met name de laatste jaren gevoerd wordt over dwangopnamen nemen psychiaters vaak het bestwilstandpunt in (Van de Klippe 1980). Voor Schroeder van der Kolk was de exclusieve behandel functie van de arts bij de voorbereiding van de Krankzinnigenwet 1841 al reden om een wetsvoorstel in te dienen waarin de rechter geen rol was toebedeeld (Vijselaar 1985): Psychiatrische stoornissen zijn ziekten en horen daarom thuis bij de dokter. Ook Querido (1939) legde in zijn kritiek op de Krankzinnigenwet veel nadruk op de behandelrol van de psychiater. De rechter zou ingeschakeld kunnen worden om de psychiater in staat te stellen zijn rol als behandelaar te verwezenlijken. Pols (1984) analyseerde de rol van de psychiater bij het gevaarscriterium. Hij wees erop dat de psychiater hierbij een handlanger van de justitie wordt in plaats van de handlanger van de patiënt die hij hoort te zijn. Als handlanger van de politie en justitie handhaaft hij de veiligheid van de burgers (bij: gevaar voor een ander) en de orde in de gemeenschap. Als handlanger van de patiënt zou hij iemand die hulp vraagt in verband met ziekte zo goed mogelijk moeten helpen. Cohen Stuart (1986) betoonde zich bij diverse gelegenheden een warm voorstander van het bestwilprincipe. In *Medisch Contact* schreef hij: 'indien de psychiater zich in geweten niet in staat acht de criteria van de wet BOPZ te combineren met het principe dat het welzijn van de patiënt voor hem de hoogste maatstaf van handelen is, dient hij het "om bestwil"-beginsel te laten prevaleren, dus ten koste van het eerste'. Ook Gersons (1986 blz. 167-171) wijst op de primair hulpverlenende taak van de psychiater bij de Inbewaringstelling: 'een onvrijwillige opname moet daarom mijns inziens in de eerste plaats gezien worden als een hulpverlenende maatregel...' en: 'Alleen in die gevallen waarin de arts tot de gegronde overtuiging is gekomen, dat een dergelijke maatregel op termijn het lijden alleen maar verergert, kan van een gedwongen opname worden afgezien'. Overigens erkent hij wel dat gevaar een reden kan zijn om tot dwangopname over te gaan. Ook op twee onlangs gehouden symposia ('Dwang in het gedrang' en 'De inhoud van het gevaarscriterium') blijken psychiaters steeds weer aanhanger van het bestwilprincipe (respectievelijk Kief 1987 en Van de Klippe 1987).

In al deze gevallen wijzen de psychiaters op hun eigenlijke identiteit en primaire verantwoordelijkheid namelijk: arts en behandelaar zijn. Bij de Inbewaringstelling (of wet BOPZ waarin evengoed het gevaarscriterium geldt) dient de psychiater in eerste instantie (Cohen Stuart) of uiteindelijk (Gersons) de behandelbelangen van de patiënt te behar-

tigen. Offerhaus (1981, blz. 25-58) onderzocht de motieven voor dwangopname. Na analyse van een groot aantal, in Rotterdam uitgeschreven, geneeskundige verklaringen kwam hij tot de conclusie dat naast krankzinnigheid en daaruit volgend gevaar er diverse andere factoren zijn die het besluit om tot acute dwangopname over te gaan beïnvloeden, hij voorbeeld: 'weigert behandeling', 'geen ziekte-inzicht' of 'geen contact mee te krijgen', 'huisraad vernielen'. Van invloed acht hij verder de plaats waar de patiënt wordt ontmoet (bij voorbeeld politiebureau, eerste hulp, thuis etc.) en enkele psychiatervariabelen (zoals opleidingsplaats, persoonlijkheid en mate van vermoeidheid). Opvallend is de overeenkomst met de bevindingen van Jenner (1984) bij de vrijwillige opname. Ook hij onderzocht de motieven voor opname. Er bleek geen sprake van een, op klinische gronden gefundeerd, opnamesyndroom.

Het buitenlands onderzoek komt met name uit de Verenigde Staten. Appelbaum (1984) onderzocht de besluitvorming in de staat New York door middel van vragenlijsten. New York kende toen naast het gevaarscriterium nog een andere wettelijke reden om met dwang op te nemen namelijk: zelfverwaarlozing. Hij deed onderzoek bij een groep vrijwillig opgenomen patiënten die een ontslagverzoek hadden ingediend. De behandelaar kon in dit geval de patiënt nog 3 x 24 uur opgenomen houden, teneinde gedwongen voortzetting van de opname te overwegen. Appelbaum kwam tot een lijst van 21 factoren die van invloed waren. Aansluitend onderzocht hij het belang van iedere factor in het eindoordeel om een patiënt al dan niet gedwongen verder te verplegen. Het onderstaande overzicht toont de 12 factoren die een significante invloed op de uiteindelijke beslissing hadden. De invloed neemt van boven naar beneden af.

Naast de wettelijke criteria van de staat New York (factor 1, 9 en 12) waren er diverse andere factoren die een significante invloed op de uiteindelijke beslissing uitoefenden. Zo hebben de factoren 2, 3, 4, 6, 7 en 8 voornamelijk betrekking op behandelingsaspecten en factor 5 en 11 op de sociale omstandigheden.

Mestrovic (1983) was als onderzoeker aanwezig in een psychiatrisch ziekenhuis, ook in New York. Hij volgde alle gesprekken met en overleg over patiënten die met dwang werden opgenomen. Doel van deze gesprekken was vast te stellen of men, als staf van het ziekenhuis, deze dwangopname wel noodzakelijk vond.

25% van de mensen die aanvankelijk met dwang werden opgenomen, werd direct weggestuurd omdat er geen sprake zou zijn van een psychiatrische stoornis. Gevaar speelde volgens Mestrovic een ondergeschikte rol in de uiteindelijke beslissing. Wel van belang waren bij voorbeeld: de behandelbaarheid van de stoornis en de invloed die de patiënt naar alle waarschijnlijkheid op het afdelingsklimaat zou hebben.

No.	Patiëntvariabele	1 r =	2 r =
1.	Zelfverwaarlozing	.58+	.52+
2.	Geestesziekte	.47+	.45+
3.	Noodzaak tot vervolghandeling	.48+	.44+
4.	Psychotische toestand	.56+	.37+
5.	Geen eigen plek om te wonen	.40+	.37+
6.	Acute ziekteperiode	.37+	.47+
7.	Is als ambulante patiënt onbetrouwbaar	.38+	.42+
8.	Beseft de behandelingsnoodzaak niet	.38+	.41+
9.	Gevaar t.a.v. anderen	.49+	.30x
10.	Patiënt is querulant	.28x	.24
11.	Afwezigheid netwerk	.26x	.26x
12.	Gevaar voor zichzelf	.34x	.22x

+ : p is kleiner dan 0,005; x : p is kleiner dan 0,05

Tabel 2: Factoren die de beslissing tot dwangopname beïnvloeden (Appelbaum, P.S., e.a. 1984). Kolom 1 vermeldt de correlatie tussen de factor en dwangopname. Multiple regressie, r. Kolom 2 vermeldt de correlatie tussen beide zoals door de psychiaters opgegeven. Wanneer de correlaties dicht bijeen liggen, is dit een teken van een goed zicht van de psychiater op de motieven voor zijn beslissing

Conclusie

Wettelijk geldt voor de Inbewaringstelling het gevaarscriterium. In de arresten van de Hoge Raad wordt het gevaarsbegrip steeds verder opgerekt. De rechters wijzen weliswaar steeds meer voortzettingen af, maar volgen in de door Hageman onderzochte gevallen de bestwilargumentatie van de behandelaars in hun vonnis.

In deze onduidelijke situatie zouden psychiaters dan datgene kunnen doen wat ze vinden dat ze moeten doen: ze nemen patiënten op omdat ze ziek zijn, omdat een goede behandeling mogelijk is of om nog andere redenen. Werkelijk gevaar vergemakkelijkt de procedure alleen maar. Op de geneeskundige verklaring kan dit dan ook gedetailleerd worden weergegeven. Bestaat er twijfel over het gevaar dan kunnen stereotiepe beschrijvingen die een onheilspellend karakter dragen, uitkomst bieden.

De wet is, wanneer deze gang van zaken algemeen geldend is in Nederland, slechts een legitimatie van een praktijk die ze juist tracht uit te sluiten. De vraag is in hoeverre deze impasse ooit doorbroken kan worden, wanneer de psychiater door de rechters gezien wordt als deskundige in twee onmogelijk verenigbare functies: dokter en handhaver van de openbare orde en maatschappelijke veiligheid. In dit opzicht geeft de wet BOPZ weinig hoop op verbetering.

Noten

1. Dit artikel kwam tot stand in het kader van het onderzoeksproject 'gedwongen psychiatrische opname' uitgevoerd door het NcGv (medeonderzoeker: M. Janssen, psycholoog. Projectleidster M. Donker, sociologe).

2. Door de daling van het aantal Rechterlijke Machtigingen steeg het totaal aantal dwangopnamen (IBS en RM samen) vanaf 1972 met $\pm 30\%$.

3. Brook gebruikt de gegevens uit de PIGG. Hierin zijn niet opgenomen de gegevens van psychiatrische afdelingen van Algemene Ziekenhuizen. De Geneeskundige Hoofdinspectie geeft alle dwangopnamen. De verhouding tussen beide is, over de jaren dat dit uitgerekend kan worden ('80-'82) constant.

4. Slechts 'het opzettelijk afgeven van een valse verklaring met het oogmerk iemand in een krankzinnigengesticht te doen opnemen' wordt in artikel 228 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht strafbaar gesteld (zie ook Van Es en Vroom Kastelein 1987).

5. Met dank aan het AMC voor het beschikbaar stellen van de benodigde gegevens.

6. Een gevaar dat in dit kader moeilijk te scoren viel was 'brandgevaar'. In beide periodes werd het zeven keer als enige gevaarsfactor vermeld. In alle gevallen werd het gescoord als gevaar voor ander.

Literatuur

- Appelbaum, P.S., R.D. Kaplan en H.I. Schwartz (1984), Clinical judgments in the decision to commit. *Archives of general psychiatry*, vol 41, 811-815.
- Brook, O.H. (1985), Mededelingen uit de Centrale Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG) (18). In: *PIGG-onderzoek*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Leidschendam.
- Boer, J. de (1987), De Hoge Raad en de Krankzinnigenwet III. *Nederlands Juristenblad*, 62, 1213-1220.
- Bruyn, A.J. (1973), (bewerkt door), *Krankzinnigenwet*, W.E.J. Tjeenk Willink, Zwolle.
- Cohen Stuart, M.H. (1986), Legalisme en Psychiatrie. *Medisch Contact*, 41, 1210-1212.
- Degeling, W.I., M. van de Lugt, T. Manders en J. Volkert (1984), De BOPZ op zicht. *Advocatenblad*, 64, 449-455.
- Es, J.C. van, en W.R. Vroom Kastelein (1987), Arts en Recht: Gedwongen Opname. *Medisch Contact*, 42, 1196-1199.
- Gersons, B.P.R. (1986), *Acute Psychiatrie*, Van Loghum Slaterus, Utrecht.
- Hageman Smit, J., en K.M. Brouwer-de Koning Breuke (1986), Gedwongen opneming, de toets van gevaar. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 10, 255-265.
- Jenner, J.A. (1984), *Opname voorkomende strategieën in de praktijk van de sociale psychiatrie*. Pruiitug, Dordrecht.
- Kief, H. (1987), Lezing: Gedwongen behandeling om bestwil. *Verslag van het symposium 'Dwang in het gedrang'*, Krisiscentrum Utrecht in samenwerking met RSU en RWU, Utrecht.
- Klippe, C.J. van de (1980), Drie visies op dwangopname. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 35, 117-132.
- Klippe, C.J. van de (1984), *Honderd jaar Krankzinnigenwet. Geschiedenis van de krankzinnigenwetgeving in Nederland*. Documentatiemap voor gelijk-

namig symposium te Zeist, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid Utrecht.

- Klippe, C.J. van de (1987), Congresverslag van De inhoud van het gevaarscriterium. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 42, 1260-1262.
- Litjens, M.I. (1987), Lezing: 'Het gevaarscriterium bij de toepassing van de krankzinnigenwet'. *Verslag van het symposium 'Dwang in het gedrang'*, Krisiscentrum Utrecht in samenwerking met RSU en RWU, Utrecht.
- Mestrovic, S.G. (1985), Overturning involuntary commitments at a psychiatric hospital in New York State: implications for the societal reaction model. *Sociology of Health and Illness*, 7, 1-20.
- Offerhaus R.E. (1981), Lezing: Enige informatie omtrent gedwongen spoedopnemingen in Rotterdam, in verleden en heden. *Verslag discussiedag: Gedwongen psychiatrische opnemingen in Rotterdam nu en in de toekomst*. Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Rotterdam.
- Pols, J. (1984), De rechtvaardiging van de onvrijwillige opname. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 39, 627-642.
- Querido, A. (1939), *Krankzinnigenrecht*, De Erven F. Bohn NV, Haarlem.
- Verslag Tweede Kamer-discussie over de BOPZ 1979-1980, 11.270 UR 12, p. 12-26.
- Vijselaar, J. (1985), Schroeder van der Kolk en de Krankzinnigenwet van 1841. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 40, 271-285.
- Werkgroep Krankzinnigenwet (1982), *Botsing met de BOPZ*, Amsterdam.

Schrijver is als onderzoeker werkzaam bij het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) in Utrecht en als psychiater bij het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort. Correspondentieadres: NcGv, Postbus 5103, 3502 JC Utrecht.

Het artikel werd geaccepteerd voor publicatie op 17-5-'88.